O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde

Angelo Giuseppe Roncalli

Professor Adjunto do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

roncalli@ufrnet.br

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

2

O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde

ANGELO GIUSEPPE RONCALLI

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

É comum ser reportado nos meios de comunicação a falência do sistema público de saúde, sua ineficácia e ineficiência ilustradas nas grandes filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores. Embora reconhecendo que a mídia prefira as manchetes de caráter mais trágico e dantesco, este quadro, certamente, não surgiu da noite para o dia, nem é resultado de ações realizadas em curto prazo. Tampouco sua resolução tem possibilidades imediatas de serem concretizadas. A reforma de um sistema de saúde nos moldes em que foi pensado o SUS e considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual é um processo lento e, a despeito de estar claro que poderíamos ter caminhado mais, os 12 anos que separam o hoje da aprovação da lei do SUS na Constituição Brasileira pode ser considerado pouco tempo para sua total consolidação. No dizer de Cunha & Cunha (1998):

> É claro que após alguns anos de sua implantação legal (...), o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é em si uma garantia de mudanças. **Construção** é a idéia que melhor sintetiza o SUS [grifo nosso].

Desse modo, tentaremos, neste capítulo, entender como se deu este desenrolar histórico da construção do SUS e discutir quais são suas perspectivas atuais, tendo em vista as profundas transformações no campo da economia e das políticas públicas no Brasil e no mundo.

OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde.

O Estado, entendido como a expressão maior da organização política de uma sociedade, surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social. Conforme destaca Paim (1987):

> (...) o Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. (...) Não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos.

Desse modo, torna-se importante, antes de detalharmos a forma como o Estado brasileiro tem conduzido suas políticas públicas de saúde neste século, discutir brevemente o processo de construção das políticas sociais

nos países capitalistas para, desta forma, entender o contexto brasileiro.

Os *sistemas de proteção social*, decorrentes de um princípio de justiça, compõem um conjunto de políticas públicas de natureza social. Suas principais funções são: prover proteção para todos os membros da comunidade nacional; realizar objetivos não necessariamente econômicos e diretamente econômicos, como programas de renda mínima, e promover políticas redistributivas (Carvalho & Goulart, 1998).

Na tradicional classificação feita por Titmus, em 1983 (Ortiz et al., 1996; Carvalho & Goulart, 1998), são descritos três modelos de política social para os países capitalistas. O *modelo residual* parte do princípio que a família e o mercado são as formas básicas para a solução das demandas por sobrevivência. Apenas nos casos em que estas duas instituições não derem conta destes objetivos, os mecanismos de proteção social teriam alguma atuação de forma temporária. É um tipo de intervenção de caráter temporalmente limitado e característica do modelo liberal clássico, cujo melhor exemplo são os Estados Unidos da América (EUA). No modelo *meritocrático-particularista*, ou somente meritocrático, a política social intervém somente para corrigir as ações do mercado. Este modelo subordina a política social a uma racionalidade econômica, imaginando os indivíduos como potencialmente aptos a resolverem seus problemas a partir de sua relação direta com o mercado. O Estado atuaria, nestes casos somente em grupos populacionais mais carentes, como pobres e velhos. Boa parte das democracias européias se enquadra nesta classificação. Já o modelo *institucional-redistributivo* pressupõe uma ação do Estado no sentido de garantir bens e serviços a todos os cidadãos. Este modelo de proteção social, de caráter universalizante e que aproxima a idéia de direito social do conceito de cidadania, é o que ficou conhecido como *welfare state* (estado de bem-estar social). O maior representante deste modelo é o Reino Unido e também os países escandinavos.

A questão principal, que perpassa a lógica do Estado de Bem-Estar é a consolidação dos direitos sociais. De acordo com Marshall citado por Teixeira (1987), a partir da evolução histórica da conformação dos direitos do cidadão, no caso inglês, a cidadania pode ser composta por três elementos, o *civil*, o *político* e o *social*. O elemento *civil*, composto dos direitos à liberdade individual, ou seja, de ir e vir, liberdade de crença ou religião, liberdade de imprensa e da propriedade, tem sua vertente institucional nos tribunais de justiça. O elemento *político* garante a participação na vida política, expressa, fundamentalmente, na liberdade de votar e de ser votado, tendo, como principal instituição, o parlamento e os conselhos. Sobre o elemento *social*, prossegue Marshall (Teixeira, 1987):

> (...) se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais.

Cada um dos elementos seguiu um percurso histórico distinto e, no caso específico do *welfare* inglês, a conquista e o exercício dos direitos relativos a um elemento gerava certas contradições que só seriam superadas pela conquista e desenvolvimento do elemento subseqüente (Teixeira, 1987).

Após a segunda guerra mundial, com a queda dos regimes fascistas, as concepções econômicas, de cunho keynesiano*, geram uma mudança no conceito de seguro social, baseado na contribuição de categorias de trabalhadores, para o conceito de seguridade social, o que significa "o compromisso, pelo Estado, de um nível mínimo de bem-estar para todos os cidadãos" (Andreazzi, 1991).

O modelo de *welfare* europeu representou, de certo modo, uma tentativa de superação dos conflitos entre capital e trabalho, constituindo-se numa opção negociada para a crise, tendo em vista o crescimento dos movimentos de esquerda e das organizações da classe operária no pós-guerra e a consolidação da revolução socialista na União Soviética.

Um comportamento diferente se configurou nos Estados Unidos, onde o Estado sempre se caracterizou por uma vertente liberal e

---

* Segundo os princípios keynesianos, propostos pelo economista americano John Maynard Keynes (1883-1946) na década de 1930, "*era possível reverter o impacto da tendência histórica do capitalismo de ciclos de expansão e depressão, através de medidas que garantissem o consumo da massa assalariada, mantendo assim, a produção*" (Andreazzi, 1991). As idéias de Keynes foram precursoras da criação dos Estados de Bem-Estar Social (*welfare state*) na Europa pós-guerra (Laurell, 1995).

a mobilização dos trabalhadores se deu mais num plano corporativista.

Desta forma, o modelo de atenção à saúde americano é quase que totalmente centrado na prática liberal e no seguro-saúde privado, sendo que a assistência pública fica restrita à população marginalizada, como os grupos populacionais de mais baixa renda.

No caso brasileiro, não há, claramente, o estabelecimento de algum tipo de política social que se aproxime do Estado de Bem-Estar. Para Draibe, citada por Zanetti (1993), até o final da década de 1980, as políticas sociais brasileiras poderiam ser qualificadas apenas como residuais e meritocrático-corporativas. No primeiro caso, pelo fato de não abrangerem toda a comunidade nacional como objeto de proteção social e, no segundo, pelo fato dos direitos sociais ficarem restritos a uma vinculação ao sistema previdenciário, de uma maneira tal que o exercício da cidadania era determinado pela participação em alguma categoria trabalhadora reconhecida por lei e que contribuísse para a previdência. A cidadania, neste caso não se consolidou no sentido de uma cidadania plena, mas de uma cidadania regulada.

Para Zanetti (1993), o processo tardio de constituição do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro não o caracterizaria como componente de um Estado de Bem -Estar. Para este autor, os sistemas de proteção social desenvolvidos no Brasil tiveram uma peculiaridade estabelecida por um processo específico de industrialização o qual gerou demandas por novos mecanismos de proteção. Estes mecanismos tiveram uma lógica de implantação apenas condizente "com uma conjuntura econômica bem específica: a da escassez orçamentária e das limitações políticas".

Desse modo, a noção de cidadania regulada deu o tom para o estabelecimento das políticas sociais no Brasil e, dentre estas, das políticas de saúde.

O surgimento da Previdência Social como prática de assistência à saúde por parte do Estado

A atuação do Estado brasileiro na tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica.

Com relação ao primeiro aspecto, as primeiras preocupações do Estado brasileiro, de economia eminentemente agro-exportadora, era com os "espaços de circulação de mercadorias" e daí tem-se, como resultante, ações dirigidas ao saneanento dos portos, particularmente o de Santos e o do Rio de Janeiro. Era importante, ademais, que fosse fomentada a política de imigração, a qual abastecia de mão-de-obra a cultura cafeeira e, como conseqüência disso, já em 1902 o então presidente Rodrigues Alves lança o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo (Tomazi, 1986; Luz, 1991).

No que diz respeito às ações de assistência, o surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve, como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No mesmo ano de surgimento das Caixas, 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (Tomazi, 1986; Luz, 1991; Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997; Cunha & Cunha, 1998). As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e eram responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica. Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140 mil beneficiários (Mendes, 1993). No período das CAPs, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A partir de 1930 uma nova forma de organização previdenciária surge através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), desta vez organizados por categoria profissional e com uma maior participação do componente estatal. São fundados os institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros. Nesta fase, há uma maior contenção de gastos, tendo a previdência atravessado um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário

dentro dos Institutos. Os superávits dos Institutos formam um patrimônio considerável a ponto da Previdência participar nos investimentos de interesse do governo (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

No que concerne à saúde pública, esta fase corresponde ao auge do *sanitarismo campanhista*, característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do País, mas com interesse estratégico para a economia, como a região de produção de borracha na Amazônia (Cunha & Cunha, 1998).

Não por acaso, o surgimento dos IAPs coincide com uma nova fase da política brasileira, estabelecida com a revolução de 1930. Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura imposta por Vargas com o Estado Novo em 1937. Trata-se de uma fase de profunda centralização e conseqüentemente uma maior participação estatal nas políticas públicas que, em razão da característica do governo ditatorial, se corporificaram em medidas essencialmente populistas (Bertolli Filho, 1998).

Assim, nesta fase do governo populista de Getúlio Vargas, marcado por crises que resultaram em movimentos da classe trabalhadora, diversas outras medidas, dentro das políticas sociais, foram tomadas no sentido "mais de cooptar as categorias de trabalhadores que, a cada dia, avançavam em sua organização, e menos de responder aos problemas estruturais da vida daqueles trabalhadores" (Oliveira & Souza, 1997). Foi criado, nesta ocasião, o Ministério do Trabalho e foram estabelecidas diversas medidas para a regulação da atividade sindical, entre outras estratégias de manutenção da legitimidade.

Um aspecto importante deste período é a mudança no modelo econômico e, conseqüentemente, altera-se o foco de atuação da assistência. Com a tendência de declínio da cultura cafeeira e a mudança de um modelo agroexportador para um de característica industrial incipiente e tardio, a necessidade de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias é deslocada para a manutenção do corpo do trabalhador, a esta altura mais importante dentro da cadeia produtiva emergente (Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997).

No Quadro 2.1 encontram-se resumidas as principais fases das políticas de saúde no Brasil até o início dos anos 1960 (Cunha & Cunha, 1998). A partir desta década, particularmente com o advento do regime militar, consolida-se o modelo dicotômico de assistência e ações de saúde pública e a previdência se estabelece como uma corporificação da cidadania regulada.

As políticas sociais dentro do regime autoritário e o surgimento do movimento sanitário

O regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, trouxe, como conseqüência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. De outro lado, também provocou uma centralização crescente da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos vários IAPs, em 1966 (Oliveira & Teixeira, 1985, Mendes, 1993).

As políticas de saúde do primeiro período da ditadura, que compreendeu a fase do "milagre brasileiro", entre 1968 e 1974 foram caracterizadas por uma síntese, produto de reorganizações setoriais do sanitarismo campanhista do início do século e do modelo de atenção médica previdenciária do período populista (Luz, 1991).

A partir de então foi criada uma estrutura considerável em torno da Previdência Social, com uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional. Neste sentido, o Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou o seu poder nas frentes econômica e política, pelo aumento nas alíquotas e também no controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das CAPs e dos IAPs (Oliveira & Teixeira, 1985; Mendes, 1993).

A lógica da prestação de assistência à saúde pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Estabelece-se, então, o "complexo previdenciário médico-industrial" composto pelo sistema próprio e o contrata-

do (conveniado ou credenciado). Já na metade da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese de "uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo" (Carvalho & Goulart, 1998).

QUADRO 2.1 Fases do estabelecimento das políticas de saúde no Brasil desde a década de 1920 até a década de 1960

O período 1923/30: o nascimento da Previdência Social no Brasil			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Nascimento da legislação trabalhista • Lei Eloy Chaves (1923)	• CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores	• Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios	• Sanitarismo Campanhista • Departamento Nacional de Saúde Pública • Reforma Carlos Chagas
O período 1930/45: as propostas de contenção de gastos e o surgimento das ações centralizadas de saúde pública			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Criação do Ministério do Trabalho • CLT	• IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal	• Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema	• Auge do Sanitarismo Campanhista • Serviço Nacional de Febre Amarela • Serviço de Malária do Nordeste • SESP (1942)
O período 1945/66: a crise do regime de capitalização e o nascimento do sanitarismo desenvolvimentista			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Constituição de 1946 • LOPS (1960) • Estatuto do Trabalhador Rural • Golpe de 1964 • INPS (1966)	• Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas • Incorporação da assistência sanitária à Previdência • Uniformização dos direitos dos segurados	• Crescimento dos serviços próprios da Previdência • Aumento de gastos com a assistência médica • Convivência com os serviços privados, em expansão no período	• Sanitarismo desenvolvimentista • Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU (1956)

Fonte: Cunha & Cunha (1998)

Este modelo excludente provocou, então, uma capitalização crescente do setor privado, no entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime. Os indicadores de saúde da época, entre eles o Coeficiente de Mortalidade Infantil, pioravam assustadoramente, mesmo em grandes cidades, como São Paulo e Belo Horizonte. Intensificam-se movimentos sociais e as pressões de organismos internacionais, de modo que, já no governo Geisel, entre 1974 e 1979, há uma preocupação maior em minimizar os efeitos das políticas excludentes através de uma expansão na cobertura dos serviços (Luz, 1991; Mendes, 1993).

No bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 1970, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa.

Um dos marcos deste movimento ocorreu em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Já neste momento foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o representante legítimo do movimento sanitário. Nesta proposta, já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado (Teixeira, 1989; Werneck, 1998)

As pressões populares e do movimento sanitário, embora inicialmente ignoradas pelo governo, geram algumas mudanças significativas no sistema, em particular no campo da extensão de cobertura e da atenção primária, resultado das repercussões da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978, quando a denúncia do quadro de saúde brasileiro foi colocada e estimuladas as práticas de cuidados básicos de saúde (Werneck, 1998). Em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado.

Por outro lado, além dos movimentos populares internos pela democratização e por uma política sanitária de caráter mais universalista e do panorama mundial apontar para a concretização de novas alternativas para os sistemas de saúde centradas na Atenção Primária, institucionalmente, muitos avanços foram conseguidos a partir da atuação de componentes do movimento sanitário dentro da estrutura do governo.

A metade dos anos 1980 é marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico. A previdência, ao fim de sua fase de capitalização e com problemas de caixa oriundos de uma política que estimulava a corrupção e o desvio de verbas se apresentava sem capacidade para dar conta das demandas criadas. Na outra ponta, o regime autoritário teria que buscar formas de legitimação diante da insatisfação popular.

Na esteira destes acontecimentos, cresce o Movimento Sanitário brasileiro, que teve, como ponto alto de sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília. O momento político propício, com o advento da Nova República, pela eleição indireta de um presidente não-militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuiram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária.

Com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a VIII Conferência criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte. O Relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado (Conferência Nacional de Saúde, 1986):

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser **conquistada** pela população em suas lutas cotidianas" [grifo nosso].

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembléia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a Reforma Sanitária brasileira concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A que ficou conhecida como *Constituição-Cidadã* (embora acusada de tornar o país "ingovernável" por alguns setores), incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Diz a Constituição, no Título VIII (*Da Ordem Social*), Capítulo II (*Da Seguridade Social*), Seção II (*Da Saúde*), artigo 196 (Brasil, 1988a):

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sobre a organização dos serviços, detalha o artigo 198 (Brasil, 1988a):

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III. participação da comunidade.
> Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da Uni-

ão, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Estava criado o Sistema Único de Saúde, inserido numa proposta de seguridade social e sintetizando uma política social universalista que, "resultante de um desenho da Reforma Sanitária, rompeu e transformou, para melhor, o padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30" (Carvalho & Goulart, 1998).

A REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS FUTURAS

Muitos artigos da Constituição, não só o da saúde, previam regulamentação, a ser realizada idealmente logo em seguida, no prazo de 180 dias. A conjuntura política pós-constituinte, de surgimento de um projeto conservador neoliberal com a eleição de Fernando Collor de Mello para a presidência da república, provoca um atraso considerável na regulamentação do capítulo da saúde. Em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprova a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, a qual é profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (Lei Orgânica da Saúde, 1990; Merhy, 1990). Resultado de negociações, uma nova lei, a 8.142 de dezembro do mesmo ano, recupera alguns vetos e, hoje, o que conhecemos como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é formada pelo conjunto das leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990a,b).

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (veja esquema na Figura 2.1). Faremos a seguir uma breve discussão a respeito destes princípios.
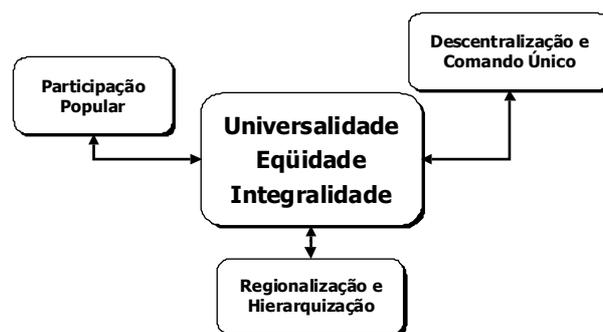
FIGURA 2.1 Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

A universalidade da atenção

A idéia de universalidade, ou seja a saúde como um direito de cidadania, foi, certamente, o que melhor representou o sepultamento do modelo excludente anterior em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência à saúde. A cidadania, antes regulada, passa a se aproximar mais do princípio de cidadania plena e, pelo menos com relação à saúde, todos os indivíduos passaram a ter esse direito, garantido pelo Estado. O conceito de universalidade é uma conseqüência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde. Importante ressaltar que direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira, conforme nos alerta Paim (1987):

> A idéia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. (...) O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc.

De todo modo, considerando que o direito à saúde envolve todo um conjunto de políticas sociais, o eixo da assistência, tendo como base o SUS, foi o que mais avançou. A inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988 foi considerada importante pelo fato deste item ter sido contemplado pela primeira vez na história das constituições brasileiras (Dallari, 1995; Dodge, 1998).

O princípio da universalidade da atenção, pois, incorpora o direito à assistência como constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos Estados de Bem-Estar.

A eqüidade

Como desdobramento da idéia de universalidade, o princípio da eqüidade assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Em linhas gerais, eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando recursos onde as necessidades são maiores (Cunha & Cunha, 1998; Cordeiro, 2001). Na conceituação "oficial" eqüidade significa "assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras" (Brasil, 1990c). A eqüidade acaba funcionando como um "filtro" da universalidade, a qual possui uma conceituação mais abrangente, ou seja é possível um discurso universalista mesmo na existência de modelos desiguais do ponto de vista do acesso aos serviços.

É importante, contudo, estabelecer algumas distinções com relação ao conceito de eqüidade. O primeiro diz respeito à diferença entre eqüidade e igualdade. Pelo exposto anteriormente, se tem claro que a eqüidade é um princípio de justiça social, considerando que as injustiças sociais são o reflexo da estratificação da sociedade, cuja característica é o fato dos indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais (Wright, 1989, citado por Travassos, 1997). Ainda sob o pensamento de Travassos (1997), temos que:

> Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

Para Kadt & Tasca (1993), a idéia de justiça social como base para o conceito de eqüidade é importante tendo em vista que a justiça social é um conceito de valor universalmente aplicável, relacionado aos Direitos Universais do Homem. Mesmo considerando a relatividade do termo, ou seja, a depender da sociedade e do momento histórico, os conceitos de justo e injusto podem variar, o valores universais são "pedras de toque e podem proporcionar uma 'orientação moral', para as autoridades e os administradores públicos em geral".

Uma distinção importante é entre eqüidade em saúde e eqüidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. É evidente que as desigualdades nos modos de adoecer e morrer diferem das desigualdades no acesso aos serviços. No primeiro caso, a eqüidade em saúde, em verdade seu contraponto - as iniqüidades em saúde, refletem desigualdades sociais, as quais possuem determinantes mais complexos. A despeito da importância de se ter acesso igualitário às ações e serviços de saúde, esta não é uma condição suficiente para diminuir as desigualdades nos modos de adoecer e morrer entre distintos grupos sociais (Travassos, 1997). Ainda nesta linha, Aday & Andersen (1981) destacam que o direito à assistência à saúde implica acesso a serviços de saúde, o qual pode ou não significar melhoria nas condições de saúde. Requena (1997) reforça ainda que a eqüidade no nível de saúde da população é, além de um objetivo essencial da política de saúde, um indicador importante do impacto da intervenção social na saúde. De uma maneira geral, portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e eqüitativo é apenas uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção social.

De todo modo, um conceito único e consensual de eqüidade não existe sem considerar uma dada sociedade e um dado momento histórico, pois, conforme nos lembra Requena (1997), o conceito de eqüidade guarda dependência com o momento de desenvolvimento em que vive a política de saúde de um determinado país. É, portanto um "conceito que tem historicidade". Dessa maneira, as políticas de saúde que têm como base a eqüidade exigem que seja definido este conceito. No caso brasileiro, eqüidade foi definida como igualdade no acesso, como nos deixou claro a leitura do artigo 196 que fala em "acesso universal e igualitário".

A integralidade da atenção

O terceiro princípio doutrinário do SUS é o da integralidade. Este princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também com relação ao modelo assistencial.

O princípio da integralidade é, pois (Brasil, 1990c):

> (...) o reconhecimento na prática dos serviços de que:
> - cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
> - as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
> - as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim:

> O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Desse modo, a idéia de integralidade pressupõe uma nova prática de saúde que supere a lógica flexneriana* imbuída no ato médico e na organização dos serviços. A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da saúde e de outras políticas sociais de modo a "assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos." (Cunha & Cunha, 1998).

A regionalização e a hierarquização

Uma consequência imediata do princípio da integralidade na organização da assistência é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada. Daí, dentre os princípios organizativos do SUS está o da regionalização e hierarquização que, do ponto de vista operacional, tornam realidade os princípios doutrinários. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990c), os princípios da regionalização e hierarquização são definidos como a lógica em que:

> (...) os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).
> O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A hierarquização, portanto, tem, como base, a concepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) como "porta de entrada" do sistema. Este tipo de organização teve, segundo Botazzo (1999), um maior impulso a partir de 1983 com as AIS, embora experiências anteriores e localizadas da década de 1970 já preconizassem, também, a inclusão da assistência médica na rede básica. Para a maior parte dos pesquisadores da área de saúde coletiva, a rede básica responderia pela resolução de 80% dos problemas a ela demandados, sendo o restante referido ao sistema de atenção secundária e terciária (Campos, 1997a; Botazzo, 1999).

O princípio da regionalização estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. A concepção de distrito sanitário surgiu no Brasil por inspiração das recomendações da Organização Pan-americana de Saúde, em 1988, de organização dos sistemas de assistência à saúde a partir dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Mendes, 1993). De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 10 da Lei 8.080, "no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde." (Brasil, 1990c).

Os distritos não devem ser entendidos como meras divisões territoriais das áreas de atuação dos serviços de saúde, mas como uma perspectiva concreta de mudança nas práticas de saúde sendo, portanto, revestida de caráter político, ideológico e técnico. Na dimensão política, o distrito sanitário se comporta como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos e, principalmente, funciona como ferramenta de

---

* Para Mendes, o *paradigma flexneriano* surgiu a partir do Relatório Flexner, de 1910, o qual se tornou hegemônico no ensino e na prática médicas desde então. Seus elementos estruturais são o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos. (Mendes, 1984).

transformação do sistema de saúde. Do ponto de vista ideológico, o distrito incorpora novos paradigmas de atenção e de visão do processo saúde-doença, implicando em uma perspectiva de mudança cultural.

Finalmente, o distrito sanitário incorpora uma dimensão técnica que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, as quais devem estar em consonância com as posturas políticas e ideológicas nas quais se apóia. Assim, a visão topográfico-burocrática do distrito deve ser superada, no sentido de entendê-lo como um território-processo (Mendes, 1993).

Deste modo, a idéia de território como unidade de trabalho introduz uma atomização do sistema que, antes de incorporar uma característica reducionista, contribui para a organização de um sistema com maiores perspectivas de proporcionar uma atenção mais resolutiva e equânime.

O controle social

O controle social, outro dos princípios fundantes do SUS, foi, sem dúvida, a corporificação do processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas. A participação popular foi um dos princípios constitucionais mais combatidos após a aprovação da Carta Magna, uma vez que os artigos relativos ao seu detalhamento na Lei 8.080 (artigos 11 e 42) foram todos vetados pela presidência da república. A justificativa do veto era que, de acordo com preceitos constitucionais, "são de iniciativa privada do Presidente da República as leis que disponham sobre a criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública" (Lei Orgânica da Saúde, 1990). Como destacamos anteriormente, a Lei 8.142 de dezembro de 1990 resgata os artigos que regulamentam o controle social, estabelecendo que (Brasil, 1990b):

> O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
> I - a Conferência de Saúde; e
> II - o Conselho de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, com participação paritária de usuários, se tornaram instâncias de participação popular de caráter deliberativo sobre os rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos não são a única forma de controle das ações do SUS, existindo ainda as Comissões Intergestores, os Tribunais de Contas e o próprio Ministério Público. Contudo, sua grande peculiaridade é a sua formação mista, em que há a presença do Estado e da sociedade, com ampla participação da comunidade na decisão dos rumos da política de saúde em nível local (Ramos, 1996).

A introdução do controle social - entendida como uma conquista no plano jurídico-institucional -, particularmente a partir dos Conselhos, sempre foi vista, de uma maneira geral, com muito ceticismo, e o argumento de boa parte dos profissionais da saúde coletiva era que a população brasileira não teria "consciência política" e os Conselhos não sairiam do papel ou seriam, pior ainda, cenário de práticas clientelistas. De fato, esta é uma realidade ainda muito presente em muitos locais, em função da, ainda, incipiente prática política por parte da sociedade.

Mesmo considerando a dificuldade de se criar canais participatórios nos países em desenvolvimento em função das características de suas instituições políticas, a experiência brasileira com os Conselhos de Saúde tem mostrado que é possível romper com esta lógica. Segundo Cortes (1998), alguns estudos realizados sobre a atuação dos Conselhos indicam que, em alguns casos e em determinadas conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm participado do processo decisório em nível local, com participação efetiva dos usuários. Ainda de acordo com a autora, alguns determinantes podem ser apontados para esta participação, entre eles as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde e a organização dos movimentos popular e sindical da cidade.

De todo modo, ainda existem muitas limitações para uma efetiva participação dos usuários no controle do sistema de saúde, particularmente sua dependência do avanço das modalidades de gestão. Ou seja, enquanto o gerenciamento dos serviços de saúde nas cidades não estiver sob o controle municipal, o poder de decisão política dos Conselhos, dentro do processo decisório geral do setor, tenderá a ser limitado (Cortes, 1998). Um outro aspecto importante é que as camadas mais mobilizadas da sociedade, como os metalúrgicos, para citar apenas um exemplo, não

são usuários do SUS, ficando para as camadas mais pobres e menos articuladas o interesse em influir no processo de decisão política sobre os serviços públicos de saúde.

A descentralização

Um outro princípio organizativo do SUS é o da descentralização, que é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Brasil, 1990c; Cordeiro, 2001). A descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Desta forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.

Dentre as tipologias classificatórias da descentralização, Rondinelli et al., citados por Mendes (1998) estabelecem quatro graus ou formas de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização. A desconcentração consiste em delegar responsabilidades a níveis hierarquicamente inferiores sem, contudo, delegar poder. Pode ser considerada como descentralização administrativa. Tem a vantagem de manter a integridade vertical mas, ao não transferir poder, dificulta a responsabilização local e, em conseqüência, a intersetorialidade e a participação. Apesar de ser a forma menos efetiva, é a modalidade de descentralização mais utilizada, estando entre os seus exemplos, a criação de unidades regionais de determinados ministérios ou secretarias.

A devolução, que pode ser também chamada de descentralização política, é feita pela transferência de poder decisório e, portanto, político, de uma instituição governamental para outra de menor nível hierárquico. Contrariamente à anterior, dificulta a integração vertical, mas aumenta a responsabilidade e a participação. Exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de algumas políticas ou funções dos governos federais.

Na delegação, é estabelecida uma relação entre Estado e sociedade civil e, neste caso a transferência de responsabilidades se dá entre o Estado e organizações não-governamentais que continuam com regulação e financiamento estatais. É o que se chama atualmente de publicização, ou seja, uma entidade não-estatal de caráter público exercendo funções antes restritas ao Estado. Trata-se de uma desestatização, mas não propriamente uma privatização e o exemplo mais presente são as Organizações Sociais.

Finalmente, a privatização consiste na transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras do mercado. Trata-se, literalmente, da venda do patrimônio público. Em escala mundial e também com exemplos no Brasil, as maiores iniciativas de privatização ocorrem na área de siderurgia, transportes aéreos, telecomunicações etc. (Mendes, 1998).

No Brasil, de uma forma ou de outra, as quatro modalidades de descentralização ocorrem, contudo a forma mais comum é descentralização política, explicitada nas experiências de municipalização da saúde. O processo de descentralização, além de contribuir para uma organização mais racional do sistema, dinamiza o controle social na medida em que aproxima as decisões da população alvo. O caso brasileiro, tendo em conta sua extensão territorial e seus contrastes flagrantes, é expressão da necessidade de um processo descentralizador.

A normatização do sistema através da Normas Operacionais Básicas (NOBs)

A lógica organizativa e doutrinária do Sistema Único de Saúde, portanto, aponta para um modelo de assistência à saúde em que sua pedra de toque é o resgate da cidadania. Os preceitos constitucionais e a regulamentação pela Lei Orgânica ainda precisavam de um detalhamento maior no sentido de tornar clara a forma de operacionalizar o sistema. Desse modo, objetivando este detalhamento foram implementadas, a partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que, em tese, "refletem a intenção do Estado em cumprir a Constituição" (Romano, 1998).

A primeira norma operacional (NOB 01/91) foi editada ainda no âmbito do INAMPS e instituiu o pagamento por produção, ou seja, de acordo com os procedimentos realizados no município, era feito o repasse da verba para cobrir as despesas. A NOB 01/91 foi considerada por muitos como um retrocesso na política de descentralização e no processo de financiamento pois, além de não ter avançado nas propostas da Lei Orgânica de repasse com base em critérios populacionais e epidemiológicos, transformou, através do pagamento por procedimento e na forma convenial, os estados e municípios em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogati-

vas de gestão nos distintos níveis de governo (Bueno & Merhy, 1997; Romano, 1998; Noronha, 2001; Levcovitz, 2001).

Em 1993, o Ministério da Saúde edita a NOB 01/93 através da Portaria 545, de 20 de maio de 1993. O Conselho Nacional de Saúde, a partir de um documento intitulado "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", discute as teses de descentralização político-administrativa. Nesta norma já aconteceram grandes avanços particularmente no estabelecimento das modalidades de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena). De acordo com a capacidade do município, ele poderia assumir determinadas ações de complexidade variável em função da sua estrutura de serviços. Na prática, a gestão parcial não gerou maiores conseqüências, entretanto os quase 150 municípios que passaram a trabalhar com a gestão semiplena e que representavam cerca de 20% da população do País, passaram a ter maior autonomia sobre suas ações de saúde, através do repasse direto dos recursos federais (Ferreira, 1998; Romano, 1998, Levcovitz, 2001).

Em novembro de 1996, após ser discutida durante mais de um ano na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, é editada a NOB 01/96. Entre a sua edição e sua implantação passaram-se quase dois anos, na verdade, fruto de um certo marasmo no processo de municipalização durante a gestão do Ministro Carlos Albuquerque. Com a NOB 01/96 passaram a existir duas modalidades de gestão municipal, a plena da atenção básica e a plena do sistema, mas os principais características da nova norma operacional foram o incremento do repasse fundo a fundo (direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde) e a criação da modalidade de pagamento com base populacional, através da criação do Piso Assistencial Básico (PAB). Os municípios passaram a receber, de acordo com a modalidade de gestão, um montante relativo ao tamanho populacional para desenvolver atividades de assistência básica sendo que o valor *per capita*/ano ficava em torno de 10 reais. A depender da série histórica dos custos ambulatoriais do município e de determinados incentivos (cobertura do Programa Saúde da Família, por exemplo) este valor poderia ser aumentado. Os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, bem como a assistência hospitalar continuaram a ser remunerados por procedimento, embora através de um sistema mais rigoroso (Brasil, 1996).

A NOB 01/96, a despeito dos avanços que proporcionou, particularmente no incremento do processo de municipalização (veja na Figura 2.2 o estágio atual de habilitação), guarda certas armadilhas, entre elas a manutenção do pagamento por procedimento nos itens de maior complexidade tecnológica, o que poderia induzir procedimentos de maior lucratividade aos prestadores (Bueno & Merhy, 1997). De qualquer maneira, o discurso do sistema de financiamento com base populacional, antiga reivindicação do movimento sanitário, embora que fragmentada na forma de um subsistema de atenção básica, de certo modo seduziu a intelectualidade da Saúde Coletiva e hoje há um consenso aparente de que a NOB 01/96, em seu todo, representou avanços para a consolidação do SUS.

De uma maneira geral, portanto, como destacamos no início deste capítulo, o SUS, entendido como um processo em construção teve seus altos e baixos. No Quadro 2 Levcovitz et al (2001) ilustram os principais avanços e dificuldades do sistema até o final da década de 1990.

O SUS e a Reforma do Estado

No cenário brasileiro, não é de hoje que o Sistema Único de Saúde vem sendo atacado no sentido de mutilá-lo em suas características principais, particularmente a universalidade e a integralidade, além da garantia da saúde como direito de cidadania. Já durante a revisão constitucional, cinco anos após a promulgação, se tentou remeter o direito à saúde à legislação complementar, eliminando assim o direito constitucional, o que não chegou a acontecer por pressões da sociedade civil organizada, destacadamente do movimento sanitário.

De fato, o SUS corre na contramão da tendência dos países da América Latina em geral e do Brasil em particular, com uma política de saúde com base nos preceitos da universalidade e da eqüidade, os quais são opostos à lógica neoliberal no que diz respeito à ação do Estado e ao estabelecimento de políticas sociais. Campos (1997b) afirma que é curioso que se pretenda implantar no Brasil um sistema de base eminentemente pública quando, em todo o mundo são levantadas sérias dúvidas a respeito da capacidade do Estado de produzir bens e serviços. E, aprofundando este paradoxo, prossegue:
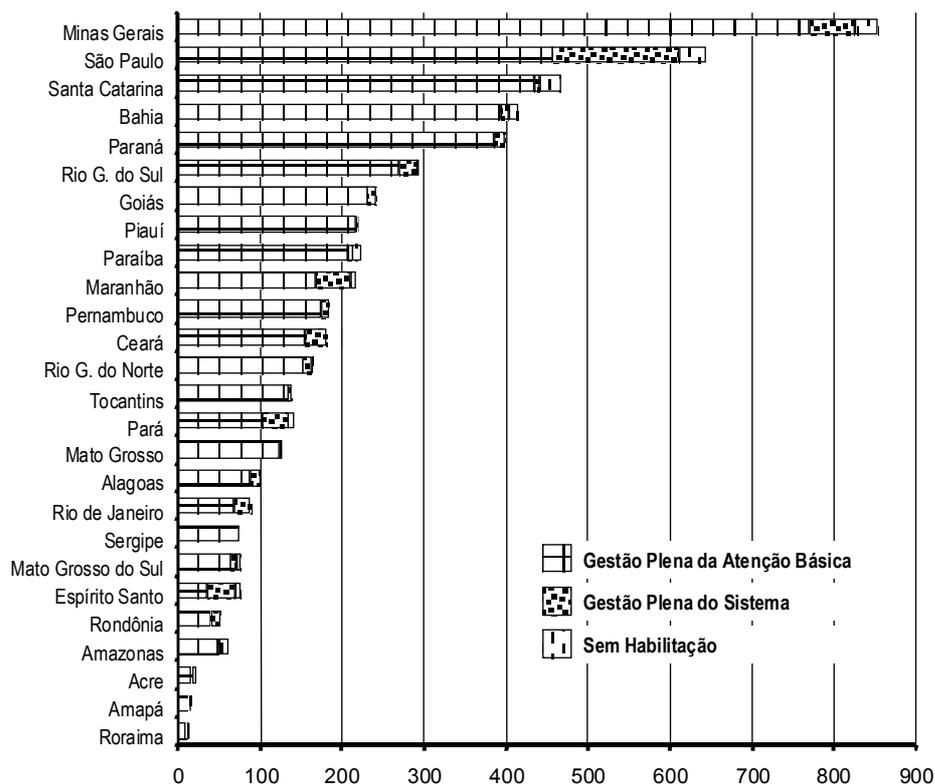
FIGURA 2.2 Municípios habilitados de acordo com modalidade e Estado, segundo posição em 25/11/1999. (Fonte: Ministério da Saúde, 2000)

QUADRO 2.2. Avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 1990

Âmbito	**Aspectos-chave**	**Avanços**	**Dificuldades**
Financiamento	• Fontes estáveis para o setor • Mecanismos e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios	• Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde • Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios	• Não-implantação do orçamento da Seguridade Social • Instabilidade de fontes durante a maior parte da década • Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento
Descentralização e relação entre os gestores	• Construção efetiva do federalismo na saúde, com definição do papel das três esferas de governo no SUS • Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios • Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para a definição e implementação da política	• Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios • Estabelecimento das comissões intergestores (tripartites e bipartites - CITs e CIBs) como instâncias efetivas de negociação e decisão	• Imprecisão e pouca clareza na definição do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema • Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal)

QUADRO 2.2 *(continuação)*

Âmbito	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Gestão e organização do sistema	• Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema • Espansão e desconcentração da oferta de serviços • Adequação da oferta às necessidades da população • Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada	• Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios • Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas	• Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios • Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços
Atenção aos usuários	• Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias • Mudança do modelo de atenção • Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população	• Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS • Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão • Mudança nas práticas de atenção em várias áreas • Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país • Melhoria dos indicadores de saúde em diversos pontos do país	• Persistência de desigualdades no acesso • Persistência de distorções no modelo de atenção • Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país
Recursos humanos	• Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção • Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios • Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país	• Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades da federação e municípios	• Distorções na formação dos profissionais de saúde • Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde • Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para a redução de gastos com pessoal • Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional
Controle social	• Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde • Implementação, nas três esferas de governo, de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários • Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS	• Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários	• Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas unidades da federação e municípios • Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações

Fonte: Adaptado de Levcovitz et al, 2001.

> Inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido.

Este conflito vem tendo, como palco, as diversas instâncias de funcionamento do SUS, particularmente nas municipalidades. De um lado, experiências bem-sucedidas de implantação de modelos assistenciais com base no ideário do SUS e, de outro, tentativas (algumas com sucesso) de implementar políticas privatizantes.

A idéia de reforma do Estado, exposta no Plano Diretor para a Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995), parte do princípio da suposta incompetência intrínseca do Estado em prestar bens e serviços e da (também suposta) natureza competente do ente privado em fazê-lo. Propõe a divisão do Estado brasileiro em quatro setores: (a) O núcleo estratégico e burocrático, composto pelas áreas em que o Estado tem que manter controle absoluto, uma vez que suas funções básicas são preparar, definir e fazer cumprir as leis, estabelecer relações diplomáticas e defender o território. Compõem este núcleo as Forças Armadas, os poderes Legislativo e Judiciário, as polícias, Ministérios, Secretarias etc. (b) Os serviços monopolistas de Estado, que são aqueles cujo principal usuário é o próprio Estado e, como não são atividades lucrativas, serão mantidas com o mesmo (fiscalização, seguridade social etc.), contudo através da transformação dos órgãos públicos em agências executivas. (c) Os serviços sociais competitivos em que o governo propõe a "livre disputa pelo mercado" com as instituições privadas. Entre estes serviços estão a Educação, Saúde, Cultura e Produção de Ciência e Tecnologia e é neste setor que deverão ser desenvolvidas as Organizações Sociais. (d) Para o quarto setor, o de produção de bens e serviços, o destino é a transferência integral para a iniciativa privada. Nele estão incluídos os serviços de água, luz, correios, bancos etc. (Brasil, 1995)

Em algumas áreas o processo de reforma do Estado vai caminhando a passos largos, particularmente no setor de bens e serviços, com a privatização das telecomunicações, dos bancos estaduais e de outras estatais como as da área de siderurgia. Na área dos chamados serviços sociais competitivos, onde está a saúde, o processo é mais insidioso, considerando que ainda existe uma forte resistência. O modelo de organizações sociais, por exemplo tinha, na proposta original de implantação em São Paulo, a possibilidade de terceirização de qualquer serviço de saúde pública, o qual poderia passar a vender parte dos seus leitos ao setor privado. Com a reação de entidades e movimentos dos mais variados setores e a atuação dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, foi aprovada lei complementar que garante que todos os leitos continuam públicos e restringiu a privatização somente aos hospitais a serem inaugurados (Gouveia & Da Palma, 2000). Um outro exemplo da luta do setor saúde foi a retirada da PEC 32 (Proposta de Emenda Constitucional nº 32) que acabava com a universalidade do SUS (Rezende, 1998).

A proposta de reforma do Estado está em consonância com o processo de globalização da economia, o qual pode ser considerado como um novo ciclo de acumulação capitalista. A nova lógica de produção que substitui o modelo fordista privilegia o capital financeiro em detrimento do produtivo e introduz uma nova correlação de forças dentro das relações capital-trabalho. Desse modo, as conseqüências para o Estado, no âmbito das políticas públicas é o do estrangulamento e da contenção de gastos, à medida que ocorre uma expansão do setor privado. As propostas de reforma, neste contexto, teriam dois objetivos: (a) flexibilizar as relações trabalhistas no setor público de modo a permitir a introdução de técnicas de gerenciamento do setor privado com vistas à maior eficiência e qualidade e (b) dar maior participação ao setor privado nos serviços que não se constituem em atividades exclusivas ou estratégicas do Estado (Médici & Barros, citados por Ortiz et al., 1995).

No caso brasileiro, portanto, permanece a contradição anteriormente destacada por Campos (1997b) de um ideário universalista com base em um modelo de Estado providência em choque com o avanço da instalação de políticas de corte neoliberal.

A despeito das batalhas no campo jurídico-institucional, personificadas no Plano Diretor para Reforma do Estado, o governo já vem implementando, na prática, diversas medidas que são reflexo de seu projeto neoliberal, com destaque para a terceirização crescente dos serviços que deveriam ser executados por pessoal do quadro permanente; o abandono do concurso público em muitas modalidades de contrata-

ção como o "contrato administrativo emergencial" e a precarização das relações de trabalho, cujo exemplo mais recente são as formas de contratação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários (veja adiante neste capítulo). Por outro lado, o terreno para a instalação das Organizações Sociais vem sendo preparado, com o visível aumento nas alterações da natureza dos hospitais ligados ao SUS que passam de "contratado (privado)" para "filantrópico", tornando mais fácil sua transformação em Organizações Sociais (Rezende, 1998).

Portanto, apesar de muitos considerarem o SUS como a maior reforma do Estado em curso no País, há uma outra que corre na direção contrária. A definição deste quadro de conflito (que não há perspectivas de ocorrer em médio ou curto prazo) irá depender da correlação de forças estabelecida entre projetos de sociedade distintos postos na arena de disputa política. Assim, o processo de consolidação do SUS vem se dando nas batalhas do dia-a-dia dentro das municipalidades, principalmente. A manutenção dos preceitos constitucionais é fundamental, mas mais importante ainda é a consolidação do sistema através da implantação de modelos assistenciais mais eqüitativos, resolutivos e eficazes que reforcem o ideário do SUS na prática.

O SUS e os modelos assistenciais

Em função de sua característica hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva, os modelos assistenciais estabelecidos no Brasil se constituiram num desafio para a implantação do SUS, pelo fato deste apontar para uma lógica diametralmente oposta, de universalidade, integralidade e promoção de saúde.

Alguns modelos alternativos já vinham sendo implantados em certos locais mesmo antes do surgimento do SUS, como por exemplo, algumas experiências de implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), o qual surgiu como estratégia anterior ao SUS e que já trabalhava a partir da idéia de distritos sanitários.

Os distritos sanitários, como destacamos anteriormente surgiram a partir da proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e, na verdade, sua organização não deve ser vista de forma isolada dos processos de descentralização e de democratização do Estado. Trata-se de uma resposta interna do setor saúde no sentido de proporcionar maior eqüidade, eficácia e eficiência às suas ações. Para Silva Jr. (1998) a base para seu desenvolvimento tem os seguintes princípios fundamentais: (a) a reorganização do nível central; (b) a descentralização e desconcentração; (c) a participação social; (d) a intersetorialidade; (e) a readequação dos mecanismos de financiamento; (f) o desenvolvimento de um novo modelo de atenção (g) a integração dos programas de prevenção e controle; (h) o reforço da capacidade administrativa e (i) a capacitação da força de trabalho.

Outros modelos (ou propostas de modelos) podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na verdade tentativas (algumas bem outras mal sucedidas) de implementar o SUS em nível municipal*. A rigor, portanto, poderíamos dizer que o "modelo" em si, está dado, ou seja, o modelo é o SUS. As tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as formas como a demanda deve ser organizada, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular etc., são desdobramentos importantes e que cada nível deve pensar a melhor maneira de colocá-los em prática (Paim, 1999).

Uma proposta importante de modelo assistencial que vem sendo desenvolvida é a do Programa Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS). Trata-se da introdução de uma nova lógica na prestação de serviços, particularmente com relação à atenção primária, segundo os pressupostos do Ministério da Saúde. Dada sua importância para o desenvolvimento atual do SUS e para suas perspectivas futuras o PSF/PACS será melhor detalhado no tópico a seguir.

O Programa Saúde da Família: estratégia reestruturante ou política focal?

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. Enquanto proposta concebida dentro da vigência do Sistema Único de Saúde, teve, como antecedente†, o Programa de Agentes

* Embora não sejam comuns, em alguns casos são implementados modelos que não têm como base o SUS e o exemplo mais marcante é o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) de São Paulo.

† Na verdade, o Brasil apresentou, ao longo da história de seus modelos assistenciais, outras experiências tendo a família como base de atuação, particularmente nos anos 1970, a partir das discussões sobre Atenção Primária em Saúde e o estímulo à formação dos Médicos de Família (Trad & Bastos, 1998; Aguiar, 1998). Considerando o escopo deste trabalho, tal resgate histórico não será feito aqui.

Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (Viana & Dal Poz, 1999; Brasil, 2000a,b).

Inicialmente o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Com a implementação da NOB01/96, no início de 1998, foram criados, além do pagamento per capita (veja tópico 2.2), os incentivos para o PACS e PSF. Esses incentivos fazem parte da fração variável do PAB, correspondentes a R$ 2.200,00 por ACS/ano e de R$ 28.800,00 a 54.000,00 por ESF/ano, de acordo com faixa de cobertura populacional. A partir de então, o PSF apresentou um notável crescimento, contando hoje com 7.291 equipes em todo o Brasil, espalhadas em 44,3% dos municípios e cobrindo cerca de 15% da população (veja Figura 3). A meta do Ministério da Saúde é ampliar para 20 mil equipes e 150 mil agentes comunitários até 2002 (Aguiar, 1998; Viana & Dal Poz, 1999; Brasil, 2000c,f).

De acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde, no qual estão explicitados os princípios do PSF, a estratégia de Saúde da Família "reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade". Se propõe, portanto, a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital. A base operacional deste novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF), que tem como princípios (Brasil, 2000b):

Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
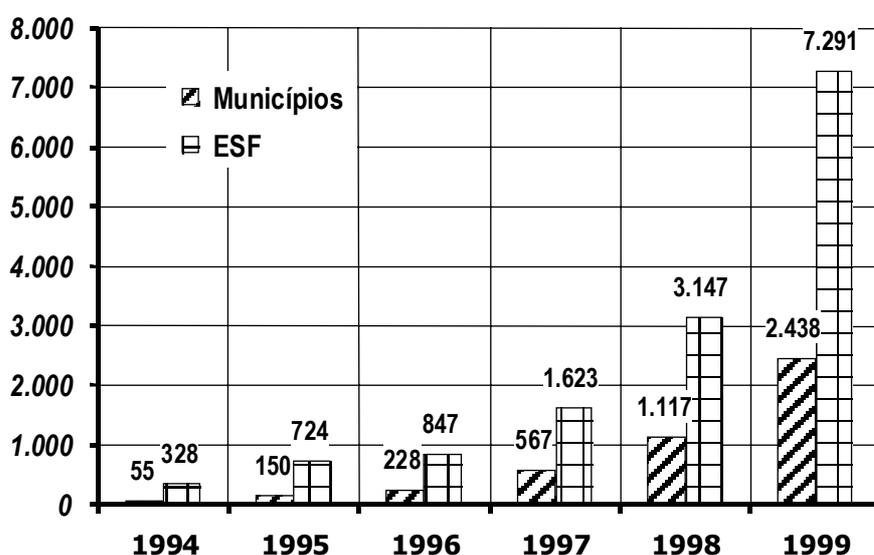
FIGURA 2.3 Evolução do Programa Saúde da Família no Brasil, em número de municípios em que o Programa foi implantado e número de Equipes de Saúde da Família (ESF). (Fonte: Ministério da Saúde, 2000)

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

É possível ainda a incorporação de outros profissionais na Unidade de Saúde da Família ou em atividades de supervisão. Para o seu gerenciamento, o Programa conta com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cujo banco de dados deve ser alimentado com informações dos municípios participantes do Programa (Brasil, 2000d,e).

Concebido inicialmente como Programa dentro da FUNASA, o PSF foi, aos poucos, sendo tomado como prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e hoje se fala em "Estratégia da Saúde da Família" embora a denominação PSF persista. Decerto a "estratégia" de falar em estratégia e não mais em programa, foi uma forma de responder às críticas que eram dirigidas ao programa, taxado de "foquista" e de ser uma medida impositiva que não considera as realidades locais.

Na cartilha do Ministério da Saúde *Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar* (Brasil, 2000d), o discurso da estratégia e a resposta às críticas feitas ao programa estão bem claras. Em um dos tópicos, "o que não é o PSF", diz a cartilha:

> Não é 'cesta básica', que garante a todos só a atenção primária. Ao contrário, o PSF, ao resolver as questões de saúde da rede básica, vai diminuir o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados 'desafogando' os hospitais. Assim racionaliza o uso dos recursos existentes que, melhor utilizados, garantem o acesso de todos aos procedimentos mais complexos. Não se trata de economia de recursos, 'de uma medicina de pobre para pobres' com utilização de baixa tecnologia. É uma prática complexa, que requer novos campos de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Em certa medida, políticas assistenciais voltadas para grupos vulneráveis e com baixa tecnologia coadunam com a lógica eficientista que vem sendo imposta para a consecução de políticas sociais nos países de economia dependente. Do ponto de vista do discurso oficial, os conceitos de universalidade e eqüidade podem adquirir formatos apropriados em função da maneira como se considera o papel do Estado em uma sociedade desigual. Para Almeida (2000), determinadas medidas racionalizadoras, baseadas na lógica de um Estado eficiente em detrimento de um organismo redutor de iniqüidades, podem justificar a ação em determinados grupos sociais a partir de um princípio de universalidade eqüitativa. Em tese, centrar as ações em setores da sociedade expostos a um maior risco à saúde (e este é um dos critérios para a priorização de implantação de equipes de PSF) não deixa de ser um princípio de eqüidade. A questão imposta neste raciocínio é que, no mais das vezes, não se trata de uma perspectiva da implementação de um modelo eqüânime, mas de uma lógica racionalizadora em que a contenção dos gastos regula o acesso aos serviços.

Por outro lado, para Viana & Dal Poz (1999), há méritos no PSF exatamente pelo fato de expor certas fragilidades do modelo tradicional. Para os autores a dualidade universalismo x focalização não se constitui num problema, na medida em que é possível "se ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes". Neste sentido, o PSF pode ser um instrumento de reorganização da política universal.

Desse modo, diferentes dimensões a respeito da estratégia/programa Saúde da Família podem ser resgatadas atualmente na literatura e no discurso da Saúde Coletiva, que vão desde a interpretação do PSF como uma oportunidade única (a qual não se deve perder) de resgatar uma prática mais humanista, que gere vínculo e responsabilização e que dinamize o processo de trabalho, à leitura do processo em seu caráter mais abrangente e de longo prazo. Nesta linha, argumenta Aguiar (1998):

> As diferentes dimensões da proposta do PSF aparecem nas percepções dos autores que, por um lado argumentam favoravelmente no que concerne ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS e, por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da 'focalização', com retrocesso e limitação dos mesmos princípios, tendo em vista a orientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal, onde, no plano macroeconômico e político, doméstico e internacional, as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público.

De toda maneira, o fato do PSF se colocar como um programa paralelo (por mais que o discurso governamental insista no contrário) conduz a algumas armadilhas. Entre elas, a de considerar a atenção básica médico-centrada como única forma de atuação realmente impactante, uma espécie de reificação do generalista, no dizer de Franco & Mehry (1999). Ainda segundo estes autores, uma vez que o PSF propõe uma mudança de ordem estrutural, mesmo que pressupondo um trabalho com equipe multiprofissional, não há garantias de que se rompa com o modelo de prática hegemônico centrado na figura do médico. Esse rompimento, certamente, não ocorre, porque:

> Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço. Mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência.

Embora o processo de qualificação das equipes tenha sido dinamizado pela criação dos Pólos de Capacitação, o setor de formação de recursos humanos em saúde ainda não respondeu (e, historicamente, não tem respondido) de forma concreta, às novas demandas impostas pelo setor saúde. Como lembra Moysés (2000), os "cursos básicos de finais de semana, não obstante toda a boa vontade, não são suficientes para sobrepor a formação hegemônica nas escolas médicas e as perspectivas profissionais introjetadas em sociedades de consumo como a nossa".

A questão dos recursos humanos que mais tem gerado discussões, entretanto, é a relação de trabalho imposta pelo PSF. Trata-se do aspecto operacional do Programa que mais o caracteriza como modelo paralelo, na medida em que preconiza o estabelecimento de relações de trabalho diferentes. De acordo com as instruções para a implantação do Programa, recomenda-se proceder a uma seleção interna para alocação de profissionais da rede dentro do Programa e, se for o caso, contratar novos profissionais através do regime de CLT. Para o Ministério da Saúde, "esta é a via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo" (Brasil, 2000e). Numa pesquisa avaliativa realizada pelo Ministério da Saúde junto aos gestores estaduais e municipais e às equipes de Saúde da Família, entre outros aspectos analisados, foi traçado um perfil das modalidades de contratação dos profissionais das ESF no Brasil. Conforme pode ser visto na Figura 2.4, o percentual maior é encontrado para a modalidade do tipo contrato temporário, ou seja, quase a metade dos municípios pesquisados que tem PSF implantado optaram por este tipo de relação de trabalho com suas ESF (Brasil, 2000c).

Um outro aspecto importante é a forma acrítica como o PSF vem sendo implantado em muitas localidades no País. Além da lógica impositiva do modelo, o mecanismo dos incentivos, disponibilizado pela parte variável do PAB, conduziu a formas de implantação do Programa em que não houve discussão com a população e com o setor saúde e tiveram, como único objetivo, aumentar a receita. Conforme ressalta Narvai (2000)*, o PSF poderia ser discutido não como "o" Programa de Saúde da Família, mas como "os Programas" de Saúde da Família, ou seja, é possível encontrar experiências em que a estratégia de Saúde da Família foi incorporada ao modelo proposto pelo SUS e contribuiu para sua consolidação. Em algumas situações, portanto, o PSF é o próprio modelo assistencial, não se configurando como modelo paralelo ou vertical. Em outros casos, porém, temos modelos distorcidos, pouco impactantes, implantados de forma prescritiva e que, no mais das vezes, exacerbaram-se todas as suas deficiências.

De acordo com Aguiar (1998), uma mudança estrutural do porte de uma reestruturação do modelo assistencial e da prática médica exige um debate mais amplo que extrapola os limites do setor como área de atuação pública. No que concorda Moysés (2000)†,

---

* NARVAI, P.C. Conferência proferida durante o XVI Enatespo, em Brasília, setembro de 2000.

† MOYSÉS, S.J. Op. cit.

quando afirma que o modelo assistencial orgânico à população brasileira decorrerá da operacionalização da Constituição e da Lei Orgânica.
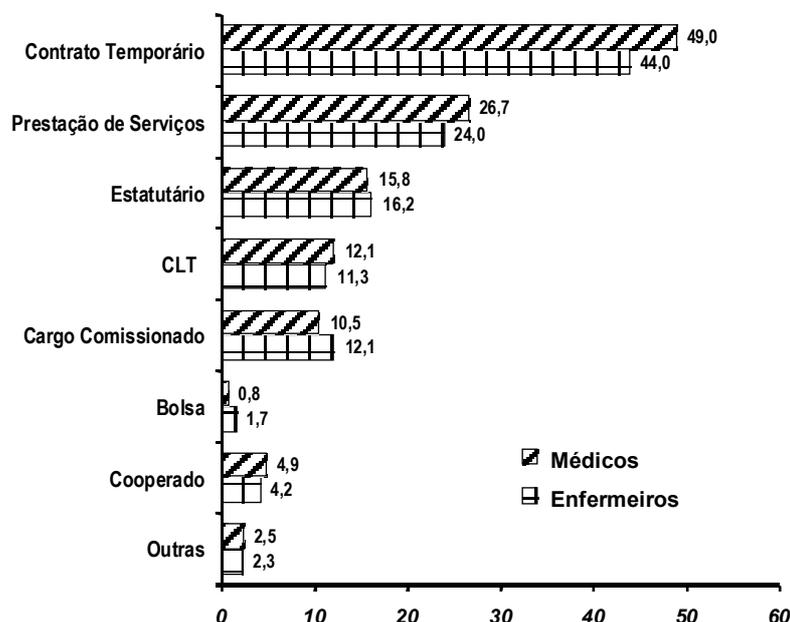
FIGURA 2.4 Distribuição dos municípios pesquisados de acordo com a forma de contratação dos profissionais das equipes do PSF. Brasil, 1999. Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Esse modelo no fim das contas não é um modelo mas um processo social maior que o próprio setor saúde. Destaca ainda o autor que "se o que agora chamamos Saúde da Família conseguir captar esta perspectiva crítica, fazendo avançar as práticas coletivas de saúde no Brasil, ao par da boa intervenção clínica (sempre necessária), então o PSF escapará de ser 'foquista'".

De todo modo, apesar do discurso oficial apontar para uma estratégia que vai no sentido da consolidação do SUS, de caráter substitutivo, reforçando a integralidade e intersetorialidade, contribuindo para uma nova prática de saúde (enfim um novo modelo assistencial), a dubiedade programa x estratégia parece ainda não estar resolvida. Ou seja, por que o PSF é um "Programa", com financiamento próprio e forma de contratação de pessoal própria e não uma opção a mais a ser colocada para a abordagem dos problemas de saúde que possa ser implementada (ou não) pelo município a depender de suas caracteristicas locais?

Em linhas gerais, portanto, ao que tudo indica a incorporação da estratégia/programa de Saúde da Família ao modelo assistencial brasileiro parece ser um caminho sem volta. De que forma será dada essa incorporação e qual tendência seguirá ainda não há como saber. Contudo, não há como ignorar esse processo que, certamente definirá os rumos da política de assistência à saúde no Brasil nos próximos anos.

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

ADAY, L.A., ANDERSEN, R.M. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical Care, v. 19, n. 12, suppl, p. 4-27, 1981.

AGUIAR, D.S. A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 160p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

ALMEIDA, C. Saúde e eqüidade nas reformas contemporâneas. Saúde em Debate, v. 24, n. 54, p.6-21, 2000.

ANDREAZZI, M.F.S. O seguro saúde privado no Brasil. Rio de Janeiro, 1991. 265p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. 2ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.

BOTAZZO, C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC, 1999. 237p.

BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 20p.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho

do Estado. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de novembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. Capturado em 12 mai. 2000a. On line. Disponível na Internet http://www.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Capturado em 11 jul. 2000b. Ministério da Saúde. On line. Disponível na Internet http://www.saude.gov.br/psf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. In: _________. Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000e. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário de experiências internacionais em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000f. 80p.

BUENO, W.S., MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Capturado em 18 ago. 1997. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm

CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997b. 220p.

CARVALHO, A.I., GOULART, F.A.A (Orgs.). Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998. 3v., v.1.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. v.6, n.2, p.319-28. 2001.

CORTES, S.M.V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, n.1, p.5-17, 1998.

CUNHA, J.P.P., CUNHA R.E. Sistema Único de Saúde - princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.

DALLARI, S.G. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995. 133p.

DODGE, R.E.F. A eqüidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça. Capturado em 05 ago. 1998. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm

FERREIRA, A.G. O processo de municipalização da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.267-79.

GOUVEIA, R., DA PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: GOUVEIA, Roberto. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru, 2000. p. 21-30.

KADT, E., TASCA, R. Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo-Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 107p.

LEI Orgânica da Saúde: vetos e justificativas do Presidente Collor. Saúde em Debate, n.30, p. 15-20, 1990.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L.D., MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. v.6, n.2, p.269-91. 2001.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"- anos 80. PHYSIS. v. 1. n. 1, p. 77-96, 1991.

MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e outro olhar sobre o nível local. In: _________ (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: ______. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 19-91.

MERHY, E.E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde. Saúde em Debate, n.30, p.8-9, 1990.

NORONHA, J.C., SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva. v.6, n.2, p.445-50. 2001.

OLIVEIRA, A.G.R.C., SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA SOCIAL/UFRN. Odontologia preventiva e social - textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997, cap. 8. p. 114-121.

OLIVEIRA, J.A.A., TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência social. 60 anos de história da previdência no Brasil. Vozes-Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro, 1985.

ORTIZ, A.R., IAMASHITA, C.E., BAYTISTA, E., LEITE, G.L., KEHRIG, R.T., COELHO, S.M.K.T. A proposta de reforma do aparelho de Estado e suas possíveis implicações no SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1996. (Série Monográfica n. 5).

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z., ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, cap. 20, p. 473-87.

PAIM, J.S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.45-59.

RAMOS, C.L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.329-43.

REQUENA, M. Focalizando la equidad. Cuad. Med. Soc., v.38, n.1, p.3-5, 1997.

REZENDE, C.A.P. A reforma do Estado brasileiro e o SUS. Capturado em 13 mar. 1998a. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm

ROMANO, C.S. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA Jr., M., TONON, L.M. (Org.). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 1-9.

SILVA JR., A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989 (Pensamento Social e Saúde, v.3).

TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.91-112.

TOMAZI, Z.T. O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro. São Paulo: Global Editora, 1986. (Cadernos de Educação Política).

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. Cad. Saúde Públ., v.13, n.2, p.325-30, 1997.

WERNECK, M.A.F. A reforma sanitária no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.247-60.

ZANETTI, C.H.G. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro, 1993. 122p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.